CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE

CHEZ LE NOURRISSON

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Juillet 1906

PAR

M. Jean FERAUD

Né à Toulon le 22 novembre 1877

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

—

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
TRUC . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale	RAYMOND, agr. (✻).
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, Ag.-libre
Accouchements.	PUECH, agrégé lib.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM. GAGNIERE
RAYMOND (✻)	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
VIRES	SOUBEIRAN	LAPEYRE
VEDEL	GUERIN	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, *président.*
FORGUE (✻), *professeur.*
JEANBRAU, *agrégé.*
SOUBEIRAN, *agrégé.*

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

J. FERAUD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MES AMIS

J. FERAUD.

INTRODUCTION

Le 21 février 1906, on amenait à l'Hôpital civil de Toulon un enfant de 10 mois atteint d'une hernie étranglée. Le docteur Bertholet, chirurgien adjoint, nous fit remarquer la rareté de l'étranglement herniaire chez les enfants. Feuilletant les registres d'opérations du docteur Daspres, chirurgien en chef, nous relevâmes dans une période comprise entre le 1er janvier 1902 et le 1er juillet 1906, un total de 140 hernies, soit inguinales, soit crurales, soit ombilicales. Sur ces 140 hernies, nous avons noté 34 hernies étranglées qui se répartissent ainsi :

3 de 0 à 2 ans ;
5 de 30 à 40 ans ;
6 de 41 à 50 ans ;
9 de 51 à 60 ans ;
6 de 61 à 70 ans ;
5 de 71 à 85 ans.

Soit 3 enfants pour 31 adultes.

Au cours de nos lectures, nous avions vu que l'étranglement est l'apanage du herniaire adulte et qu'il est exceptionnel chez l'enfant. Nous eûmes alors l'idée de faire quelques recherches à ce sujet et d'y consacrer notre thèse inaugurale.

Nous n'avons pas la prétention d'éclairer la question d'un jour nouveau ; ce soin revient aux maîtres éminents plus autorisés. — On doit à M. le professeur Estor un important mémoire, le plus complet, le plus sérieusement documenté qui ait été écrit sur la hernie étranglée chez le nourrisson. Nous avons voulu simplement, par l'exposé d'observations inédites, apporter notre faible part de contribution à l'étude de la question.

Nous citerons au début de ce travail les observations que nous avons recueillies, en mettant en lumière les points intéressants.

Nous étudierons ensuite l'étiologie et la pathogénie de l'étranglment herniaire chez le nouveau-né.

En troisième lieu, nous rappellerons les notions d'anatomie pathologique nécessaires pour comprendre le mécanisme de l'étranglement.

Nous en exposerons ensuite les symptômes.

Enfin, le cinquième chapitre sera consacré au pronostic et au traitement.

Mais avant, qu'il nous soit permis de remercier tous ceux qui, au cours de nos études médicales, nous ont témoigné affection, intérêt ou sympathie.

M. le professeur Estor a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous en ressentons tout le prix et le prions d'agréer l'expression de notre respectueuse gratitude.

Nous sommes heureux d'adresser aussi, en hommage reconnaissant, nos remerciements sincères à nos maîtres dans les hôpitaux, MM. Long, Delahaye, Buisson, et particulièrement à M. le docteur Daspres, chirurgien en chef de l'Hô-

pital civil de Toulon, pour l'intérêt amical et la parfaite aménité qu'il n'a cessé de nous montrer durant nos longs séjours dans son service.

Du docteur Bertholet, qui a bien voulu nous communiquer l'observation personnelle d'une opération de hernie étranglée, nous garderons le meilleur souvenir.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE

CHEZ LE NOURRISSON

CHAPITRE PREMIER

Observation première

Due à l'obligeance de M. le docteur Daspres, chirurgien en chef des Hospices civils de Toulon

Le nommé D... Jacques, âgé de huit mois, nourri par sa mère, est atteint d'une hernie inguino-scrotale droite depuis sa naissance. Il n'a jamais porté de bandage. Bronchite à 3 mois. Son père et sa mère bien portants n'ont jamais eu de hernie.

Le 25 septembre 1902, au matin, on l'amène à l'Hôpital civil de Toulon, avec un certificat médical portant : « Hernie étranglée datant de 3 jours. »

Le petit malade vomit depuis l'avant-veille ; la dernière selle remonte à trois jours. Pouls mauvais, petit, fréquent, faciès grippé, refroidissement des extrémités. On le fait transporter immédiatement à la salle d'opération. Injection de sérum artificiel. Anesthésie prudente au chloroforme.

Kélotomie. — Le sac contient une anse d'intestin grêle congestionnée, sans éraillures, ni sphacèles. Le collet du sac constitue l'agent d'étranglement au niveau de l'anneau externe. Après débridement, l'intestin est refoulé dans la cavité intestinale et l'opération rapidement terminée. Durant l'intervention, le petit malade a eu un vomissement fécaloïde. Deux heures après, une première selle indique le rétablissement parfait du canal intestinal. Relèvement du pouls.

Le 26 au matin, la température est à 39°3 : le petit malade tousse ; à l'auscultation, on entend quelques râles sous-crépitants disséminés dans toute l'étendue de la poitrine. Diarrhée. Température du soir, 40°2.

Le 27, 40°3 ; le pouls faiblit, les lèvres sont cyanosées ; nombreux râles dans la poitrine. Le petit malade meurt dans l'après-midi.

Il n'y a pas eu d'autopsie, la famille s'y étant opposée.

Observation II

Personnelle

Le jeune B... Léon, né le 18 avril 1905, est nourri par sa mère. Il est de bonne constitution et présente à gauche une hernie inguinale, réductible, du volume d'un œuf de pigeon et maintenue par un bandage. Il n'a jamais été malade jusqu'à l'âge de 4 mois, où sa hernie s'étrangle. Le 18 septembre, il subit une première kélotomie, les suites de l'opération sont normales, mais la hernie reparaît et reste réductible.

Le 20 février 1906, dans l'après-midi, il est pris subitement de convulsions, au nombre de 25, nous dit la mère. Un méde-

cin est aussitôt appelé. La langue est blanche, saburrale, le visage cyanosé. Le jeune malade vomit le lait qu'on lui fait prendre. — La hernie est douloureuse, irréductible. Pas de selles depuis 24 heures. En présence de ces symptômes, le diagnostic de hernie étranglée est posé et on conseille de diriger l'enfant sur l'Hôpital civil de Toulon, aux fins d'opération.

Le docteur Bertholet voit le malade, le 21 février, à 5 heures de l'après-midi.

La hernie volumineuse, tendue, remplit toute la bourse gauche ; on reconnaît l'incision abdomino-scrotale, large, blanchâtre, de la précédente opération.

Le petit malade a devant nous un vomissement porracé. Sous chloroforme, un taxis doucement pratiqué n'aboutit pas ; on commence alors l'opération.

L'incision cutanée pratiquée à un centimètre du bord externe de la première, afin d'éviter la zone cicatricielle, nous amène aussitôt, malgré la prudence apportée dans ce temps opératoire, dans la cavité du sac.

Issue d'un liquide foncé.

L'agent d'étranglement est constitué par le collet du sac, au niveau de l'anneau inguinal externe, cependant dilaté.

Le sac contenait une anse grêle, congestionnée, sans points de sphacèles, ni éraillures séreuses, ni adhérences.

Devant l'impossibilité de disséquer le sac, intimement uni avec le scrotum sur toute sa périphérie et sur toute sa hauteur, on use de l'artifice suivant : immédiatement au-dessous de l'anneau, une suture en bourse appliquée sur le sac, commençant à la lèvre externe de l'incision et finissant à la lèvre interne, fut passée prudemment pour éviter les éléments du cordon, et serrée ; les deux chefs du fil, gardés longs, furent fixés à la paroi selon la méthode de Barker.

L'anneau inguinal externe fut ensuite rétréci par deux points de catgut.

La portion inférieure du sac, dont la dissection, pour être menée à bien, aurait été trop longue et non sans danger pour la vie du petit malade, fut fermée par une suture exécutée comme la précédente.

Entre les deux sutures circulaires, on provoque avec l'index coiffé d'une compresse, une irritation de la séreuse, destinée à amener une oblitération plus complète. Il faut ajouter qu'on n'aurait pu tenter la libération du sac dans le trajet inguinal lui-même, celui-ci étant pour ainsi dire inexistant par la superposition presque complète des deux anneaux interne et externe.

Durée de l'opération, 25 minutes.

Le lendemain il n'y a pas encore eu de selles. On donne un lavement qui produit l'effet désiré. Pas de température.

Le pansement, souillé par l'urine, est renouvelé tous les jours ; cependant, il n'y a pas de suppuration, un peu d'érythème seulement. On enlève les points de suture le huitième jour : le 10 mars, la plaie est complètement cicatrisée et le malade obtient son exeat.

Le petit opéré a été revu le 25 mai. Etat de santé satisfaisant, il n'y a pas eu de récidive du côté gauche : une hernie inguinale réductible vient de se produire du côté droit.

Observation III

Due à l'obligeance de Mlle Baylon, interne des Hospices civils de Toulon

René M..., âgé de 8 mois, entre à l'hôpital le 7 juin 1906. C'est un enfant très chétif ; atteint d'une hernie inguino-scrotale gauche depuis sa naissance, il n'a jamais porté de bandage.

Jusqu'à un mois et demi il a été nourri par sa mère ; celle-ci, trop faible, doit renoncer à allaiter son enfant, auquel on donne alors uniquement du lait additionné de phosphatine.

Le père est né pourvu d'une hernie, réduite complètement par le port d'un bandage jusqu'à l'âge de 15 ans.

L'enfant a eu une bronchite à 3 mois, il est en outre atteint d'entérite ; 8 jours avant les accidents herniaires il présenta de la diarrhée, attribuée à l'évolution dentaire.

Dans la nuit du 6 au 7 juin, le petit malade est pris de vomissements bilieux qui durent jusqu'au matin à midi. La dernière selle est du 6, à 5 heures du soir ; remonte donc à 24 heures ; ni gaz, ni matières ; anurie absolue depuis ce moment.

Le taxis a été pratiqué sans résultat.

Le docteur Bertholet examine l'enfant à 5 heures du soir (7 juin) et devant l'étranglement évident, juge une intervention urgente.

Le malade est pâle, abattu ; le pouls très faible ; la tumeur, volumineuse, violacée ; température, 38°5.

Opération pratiquée à 5 heures du soir. — Anesthésie prudente au chloroforme. Le sac, constitué par le canal vagino-péritonéal, étranglé au niveau de l'anneau externe, con-

tenait une anse intestinale de 10 à 12 centimètres, congestionnée et portant de petites granulations blanches ; pas d'adhérences ; l'intestin revient bien à la suite d'une irrigation d'eau chaude stérilisée. En raison de l'extrême faiblesse de l'enfant, une intervention trop longue eût été dangereuse ; le sac n'est pas disséqué, la cure radicale très rapidement faite (durée totale 15 minutes) d'après la méthode déjà indiquée (Observation II).

Le pouls est à peine perçu, l'enfant très agité. Température rectale 39°2. Injection sous-cutanée de 100 grammes de sérum de Hayem. La première selle a lieu demi-heure après l'opération. Dans la nuit, matières et gaz en abondance.

Le 8 juin, le petit malade est moins abattu, la température est de 38°4 le matin, de 39° le soir.

Le 9, 39° le matin, 39°4 le soir ; lavement de sérum, injection de caféine.

Le 10, 40°1 matin et soir ; diarrhée verte et vomissements porracés. Acide lactique, acétate d'ammoniaque, injection de 50 grammes de sérum.

Le 11, la température se maintient à 40°3 ; l'enfant refuse tout ce qu'on tente de lui faire absorber. Décès à 8 heures et demie du soir. La famille se refuse à l'autopsie.

Observation IV

Due à l'obligeance de M. le docteur Bertholet, chirurgien adjoint aux Hospices civils de Toulon

Lucien G..., a eu 15 mois le 15 juin 1903, il est élevé par ses parents qui habitent le faubourg Saint-Jean du Var, à Toulon.

Nourri par sa mère jusqu'à 3 mois, exclusivement au sein ; . partir de cet âge on lui donne deux bouillies à la farine actée par jour, tout en continuant l'allaitement au sein ; elui-ci est présenté à intervalles très réguliers.

L'enfant n'a jamais eu d'entérite ni d'inflammations broncho-pulmonaires.

Première dent à 7 mois ; au moment des accidents herniaires. l'enfant en avait six et travaillait pour les pointues.

Il avait toujours semblé à la mère qu'une des bourses de on enfant, la gauche, était de volume anormal ; à sept mois, ne matrone déclare que l'enfant avait une hernie ; le même our on eut recours aux lumières d'un bandagiste, qui reconnût la hernie parfaitement réductible et appliqua sur-le-hamp un bandage.

Au moment des accidents herniaires, on en était au quatrième bandage ; l'appareil était porté jour et nuit.

Le 6 juin 1903, l'enfant présenta de la diarrhée, une langue blanche, de l'agitation ; un médecin, appelé, mit sur le compte de l'évolution dentaire l'apparition de ces symptômes et institua un traitement approprié. La hernie était ortie et non réductible.

Le lendemain, la mère appela l'attention du médecin sur la hernie qui était toujours dehors et qui paraissait faire beaucoup souffrir l'enfant.

Dans la nuit du 8 au 9 juin apparurent des vomissements bilieux, rapidement porracés et, dans la matinée du 9 juin, un vomissement fécaloïde. Plus de gaz, ni de matières ; la dernière selle était du 8 juin, à 4 heures du soir.

Le 9 juin au matin, le docteur Barbaroux (de Toulon) fut appelé et reconnut aussitôt une hernie inguinale gauche étranglée. Il fit immédiatement placer l'enfant dans un bain chaud, mais cette médication ne donna aucun résultat. Il

pratiqua alors un taxis sous chloroforme avec une extrême douceur, pendant quelques minutes, mais n'aboutit à rien.

Invité par mon confrère à me rendre auprès du petit malade, je le vis le même jour à 4 heures de l'après-midi. Les vomissements fécaloïdes avaient continué depuis le matin ; toujours pas de selles, ni de gaz. Anurie presque absolue. Injection sous-cutanée de sérum artificiel.

Opération pratiquée à 5 heures du soir. — Anesthésie prudente au chloroforme par le docteur Barbaroux. Injection de sérum durant l'intervention. Sac complet, constitué par le canal vagino-péritonéal, non oblitéré, et contenant un liquide foncé, d'apparence hémorragique ; agent d'étranglement constitué par le collet du sac situé au niveau de l'anneau inguinal externe. Le sac contenait : une anse grêle, de couleur noirâtre au moment de l'ouverture, mais revenant bien sous l'influence d'une irrigation d'eau stérilisée chaude, et l'appendice présentant une longueur de cinq centimètres environ, sans aucune lésion. Ces organes n'offraient pas d'adhérences avec le sac.

La cure fut faite très rapidement, en raison de l'extrême faiblesse de l'enfant. Durée totale de l'intervention : 35 minutes.

L'enfant eut sa première selle le même jour, à dix heures du soir. Malgré toutes les précautions prises, le pansement fut souillé plusieurs fois par les matières. Il y eut néanmoins une réunion par première intention et la guérison complète se fit sans incidents.

L'enfant a été revu le 26 septembre ; malgré la non-récidive de la hernie, j'ai conseillé le port d'un bandage, la cure radicale ayant été pratiquée un peu à la diable pour ne pas allonger la durée de l'intervention.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE. — PATHOGENIE

En compulsant les statistiques, on est frappé de la fréquence des hernies inguinales chez le nourrisson et de la rareté des phénomènes d'étranglement assez graves pour nécessiter une intervention chirurgicale.

M. le professeur Estor, sur 435 opérations pratiquées chez des enfants, fait 38 cures radicales et 3 kélotomies.

De la minutieuse enquête de Carl Stern, dans les archives des hôpitaux d'enfants, il résulte que sur 138.741 enfants hospitalisés dans l'espace de six ans, on n'a pas fait une seule kélotomie. P. Berger, sur 10.000 cas de hernies n'a observé qu'un étranglement et Buchanan (de Manchester) n'est intervenu qu'une fois en 24 ans. Nombreux sont les chirurgiens qui affirment n'avoir jamais eu à pratiquer la kélotomie chez les enfants.

L'étranglement chez le nourrisson est donc chose rare. Si l'on veut savoir le rapport entre la fréquence de l'étranglement chez l'adulte et chez le nourrisson, l'enquête très sérieuse et très minutieuse de Carl Stern nous apprend que sur 1.707 cas de kélotomie, 13 seulement ont été faits chez l'enfant ; soit comme rapport 1/131e. Vu le nombre considérable de cas recueillis, c'est la proportion qui paraît acceptable :

et il serait téméraire de notre part d'en vouloir établir une avec le petit nombre de cas observés dans le champ restreint de nos expériences, c'est-à-dire 34 kélotomies, dont 4 chez le nourrisson, soit comme rapport 12 %.

La hernie inguinale est la variété qui, sans contredit, s'étrangle le plus souvent. M. le professeur Estor en rapporte 205 cas ; Tariel, 112. La hernie ombilicale, quoique la plus fréquente, s'étrangle rarement ; on en connaît à peine 14 cas (1). Quant à la hernie crurale, absolument exceptionnelle chez le nourrisson, son étranglement est d'une extrême rareté. Nous n'avons trouvé mentionnés que deux cas.

L'âge de l'enfant paraît jouer un rôle assez grand. La plupart des auteurs indiquent la première enfance comme l'âge où l'étranglement se produit le plus souvent. Tariel relève 106 cas où l'étranglement s'est produit pendant les deux premières années. M. Estor trouve sa plus grande fréquence dans les six premiers mois, avec un maximum durant le premier.

L'étranglement survient plus souvent chez les garçons que chez les petites filles ; la proportion est de 10/43 (2). Et pourtant les accidents de hernie chez l'adulte se présentent avec une fréquence deux fois plus grande pour la femme que pour l'homme. Comment expliquer cette disproportion ? Nous pensons en voir la raison dans la rareté de la hernie inguinale chez les petites filles. Félizet en rapporte 8 cas ; Broca, une vingtaine et Carl Stern 252 pour 4.818 chez les garçons.

D'autre part, la hernie crurale est plus fréquente chez la femme parce que, acquise et nullement favorisée par une disposition congénitale. Mais dans le sexe féminin, le chiffre des

---

(1) Estor.

(2) Tariel.

hernies crurales est nul pendant la première enfance et jusqu'à l'âge de 5 ans ; il reste presque négligeable jusqu'à 25 ans. De ces propositions, ne pourrait-on pas conclure que, relativement, l'étranglement est aussi fréquent chez les petites filles que chez les garçons ?

L'effort, chez le nourrisson comme chez l'adulte est la cause occasionnelle de l'étranglement. Souvent l'existence d'une hernie n'est reconnue que le jour où elle atteint un volume assez considérable. Il faudrait alors pour la guérir, faire porter nuit et jour un bandage à l'enfant. Mais quels soins attentifs, quels ennuis ne nécessite pas le port rationnel d'un bandage ? Il faut que ce dernier obture exactement l'orifice herniaire ; il faut qu'il n'irrite pas la peau fragile du jeune enfant. De là la nécessité de grands bains quotidiens, l'interposition d'un linge fin entre la peau et la pelote. Il faut aussi veiller scrupuleusement à la toilette de la région inguinale, la laver et la recouvrir d'une poudre inerte, toutes les fois que l'enfant sera souillé. Ces soins seront facilement donnés dans la classe aisée ; mais n'est-ce pas trop demander chez de pauvres gens ? Bientôt le bandage est relégué dans le fonds d'un tiroir. — Vienne alors une quinte de toux, des cris, un effort plus violent que d'habitude, et la hernie qui, jusqu'à ce jour, rentrait facilement, devient irréductible et s'étrangle brusquement. Quelquefois un bandage peut être posé sur une hernie non rentrée. Il arrive aussi que la hernie, irréductible depuis quelque temps ou partiellement réductible, par suite des adhérences avec la paroi du sac, peut augmenter brusquement de volume et s'étrangler.

Le mécanisme de l'étranglement herniaire chez l'enfant ne diffère pas non plus de celui de l'adulte. D'après Berger (1),

---

(1) *Traité de Chirurgie*.

deux éléments s'associent constamment pour produire l'étranglement : l'un est la constriction que l'intestin éprouve de la part d'un orifice trop étroit ; l'autre est le travail qui s'empare de l'anse intestinale étranglée et qui rend cet étranglement plus serré et plus définitif. La constriction engendre les modifications inflammatoires de l'anse, l'inflammation elle-même accroît la constriction. Suivant que ces deux termes se combinent, l'étranglement est plus ou moins serré, à marche plus ou moins rapide ; il présente une gravité plus ou moins grande.

Si l'étranglement est plus rare chez l'enfant que chez l'adulte, il faut en voir la raison dans l'intensité de l'effort, moindre chez le premier, et aussi dans la faible résistance du tunnel occupé par les viscères.

Comment comparer l'intensité de l'impulsion produite chez le nourrisson par une quinte de toux, ou par un effort de défécation, avec la pression abdominale développée par un adulte qui soulève un pesant fardeau ?

Ceux qui ont fait des cures radicales chez l'enfant ne savent-ils pas combien minces, combien extensibles et peu résistantes sont les parois du sac herniaire ?

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans ce chapitre, nous étudierons l'agent de l'étranglement, l'état du sac et celui des organes qui y sont contenus.

1° Agent de l'étranglement. — Félizet pense que les anneaux du canal inguinal sont les agents exclusifs de l'étranglement chez les enfants. « A cet âge, dit-il, c'est au niveau de la partie supérieure du sac que se fait l'étranglement, mais si le collet du sac est le siège des accidents, il n'en est certainement pas l'agent, ainsi qu'en témoignent sa souplesse et sa distensibilité. C'est en dehors du détroit séreux, croyons-nous, que nous devons chercher la cause de la striction. La rapidité de l'explosion, la violence des symptômes et surtout la disparition rapide de l'étranglement par un processus réflexe, tout cela nous porte à croire que c'est de la contraction des muscles petit oblique et transverse sur la boutonnière de l'orifice inguinal interne que provient le mal. »

Cette affirmation est par trop absolue. Dans la grande majorité des cas, l'agent de l'étranglement est constitué par le collet du sac. M. Estor cite à peine 21 observations, four-

nissant 19 guérisons et deux morts, dans lesquelles il est spécifié que le sac n'a pas été ouvert, et que l'intestin a été réduit facilement après section des anneaux naturels, alors que dans 232 cas on a été obligé de pratiquer tous les temps de la kélotomie.

White et Maunder (1) ont réduit en masse une hernie et les accidents d'étranglement ont persisté.

Nous sommes donc amené à conclure que le collet du sac est généralement l'agent d'étranglement, mais que, dans quelques cas, beaucoup plus rares en vérité, les anneaux naturels peuvent être incriminés.

2° Etat du sac. — Le sac existe toujours, mais il peut être incomplet. On connaît trois cas où la totalité des viscères herniés n'était pas contenue dans le sac. Ajoutons que dans ces trois observations, on se trouvait en présence d'une hernie du cœcum.

Les parois du sac sont généralement très minces et constituées par le canal vagino-péritonéal non oblitéré. Elles peuvent contracter des adhérences avec les viscères y contenus.

Le collet du sac, contrairement à ce que l'on constate chez l'adulte, ne présente, chez le nourrisson, pas plus d'épaisseur que les autres parties du sac. Dans la grande majorité des cas il se trouve situé au niveau de l'anneau externe. C'est ainsi que dans 18 cas où sa situation est nettement précisée, onze fois il se trouvait à l'orifice externe et 7 fois à l'orifice interne. Dans les quatre observations que nous présentons, il se trouvait aussi à l'orifice externe.

(1) Tariel, Thèse de Paris.

Le sac lui-même est plus ou moins enflammé. Il peut ne pas contenir de liquide ou n'en renfermer qu'une très petite quantité. Si l'épanchement est abondant, le liquide peut être clair et citrin, mais le plus souvent, il est foncé, plus ou moins hémorragique.

3° Contenu du sac. — La plupart des organes de l'abdomen peuvent être renfermés dans le sac : l'intestin grêle est celui que l'on rencontre le plus fréquemment ; l'appendice est, après lui, celui dont la présence est le plus souvent signalée, soit seule, soit accompagnée du cœcum ou de l'intestin grêle ; on y trouve aussi l'épiploon, rarement seul, plus souvent avec l'intestin grêle. Quelquefois on y a rencontré la trompe et l'ovaire.

De même que chez l'adulte, ces organes herniés du nourrisson sont soit simplement congestionnés, soit sphacélés ou perforés. Le sphacèle a été constaté dans 5 % des cas de hernies contenant l'intestin grêle ; c'est dire la gravité de l'étranglement herniaire du nourrisson.

On est frappé, en lisant les observations de hernies appendiculaires, de la fréquence des perforations de cet organe (80 %). M. Estor pense volontiers qu'elles sont dues à une appendicite primitive de l'organe contenu dans la hernie, inflammation produite par les frottements et les pressions exercés sur un appendice irréductible.

Les hernies étranglées du cœcum sont, moins souvent que les hernies appendiculaires, le siège de sphacèle et de perforation. — Quand l'appendice cohabite dans une hernie avec un autre organe, il est le plus souvent le point de départ des accidents. Mais il peut, comme dans l'observation que nous a communiquée le docteur Bertholet, être absolument sain, alors que l'intestin grêle a été le siège des phénomènes d'étranglement.

Ferré a étudié les lésions du testicule dans les hernies étranglées. On a vu, au niveau du testicule, des hémorragies, parfois aussi du sphacèle. — Doit-on incriminer le taxis ? Ne peut-on pas admettre que le testicule puisse se congestionner ou se nécroser, par suite de la constriction des éléments du cordon, au niveau de l'étranglement ? Les deux raisons sont valables.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes d'étranglement observés chez le nourrisson, ne diffèrent pas sensiblement de ceux observés chez l'adulte.

A la suite d'un effort quelconque, d'une quinte de toux, le petit herniaire — dont la hernie, mal contenue par le bandage, rentre bien habituellement, mais ressort facilement — crie, refuse le sein, présente les signes de la plus vive agitation. Si l'on porte son attention du côté de la hernie, on constate qu'elle est irréductible. Plus de selles, plus de gaz. Les vomissements ne tardent pas à survenir, alimentaires d'abord, bilieux ensuite. — L'examen local permet de constater, outre l'irréductibilité de la hernie, que le scrotum est tendu par une tumeur d'une grosseur variable, douloureuse à la pression et que le ventre commence à se ballonner. Cette situation peut durer une demi-journée, une journée. L'état général reste bon, la température de l'enfant stationnaire, le pouls est fréquent mais fort.

Si aucune intervention n'est pratiquée, les événements se succèdent généralement avec rapidité. Les vomissements bi-

lieux deviennent fécaloïdes, les extrémités se refroidissent et se cyanosent, la face est pâle et anxieuse, les yeux excavés et cerclés de noir, le nez pincé, le ventre ballonné, le pouls fréquent, petit, misérable. — L'enfant a du hoquet, la terminaison fatale est proche et arrive généralement deux ou trois jours après le début des événements.

La constipation est la règle ; elle est incomplète dans quelques cas.

Les vomissements sont toujours observés ; ils peuvent être tardifs, comme dans notre observation première. Le billet du médecin signalait un étranglement remontant à trois jours et l'enfant ne vomissait que depuis l'avant-veille.

Dans un cas que nous avons observé (Observation II), les convulsions ont été notées au début des accidents herniaires. Nous n'avons vu ce symptôme signalé nulle part, et nous aimons à croire, en cette occurrence, qu'elles ont été la cause occasionnelle de l'étranglement.

Abandonné à lui-même, l'étranglement herniaire se termine presque invariablement par la mort, qui arrive, soit par le fait d'une péritonite par propagation, soit par le fait d'une péritonite septique par épanchement.

Dans quelques rares cas, on a vu la formation d'un abcès stercoral et d'un anus contre-nature être la terminaison de l'étranglement.

Mais, « il faut considérer comme des exceptions imprévues, dit Berger, et dont il vaudrait mieux ne pas parler, les cas où une atténuation des symptômes est le signe d'une amélioration graduelle aboutissant à la guérison et ceux où une hernie, après avoir résisté à des tentatives plus ou moins multipliées de taxis, se réduit tout à coup spontanément. »

En raison des commémoratifs qui font quelquefois défaut, le chirurgien peut se trouver embarrassé devant un enfant présentant les symptômes décrits plus haut. — Les parents

ignorent parfois l'existence d'une hernie chez leur enfant, surtout quand cette dernière est petite, peu apparente, et masquée par la graisse sous-cutanée. Si l'attention du médecin n'est pas attirée de ce côté, celui-ci peut attribuer à toute autre cause les vomissements, la constipation et les cris de l'enfant. — Il sera donc sage d'examiner toujours la région inguinale d'un enfant présentant ces symptômes.

Nous ne pensons pas avec M. Félizet, que le diagnostic entre l'étranglement herniaire et l'inflammation d'un testicule en ectopie, soit nécessaire. Les symptômes sont à peu près identiques dans les deux cas. Ce qui importe, c'est d'agir et d'agir sans retard.

CHAPITRE V

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

De la rareté relative des accidents herniaires chez le nourrisson, il ne faudrait pas conclure qu'ils ont le privilège de la bénignité : leur soudaineté et leur évolution rapide aggravent le pronostic.

Les cas sont exceptionnels où la guérison spontanée est survenue ; peu nombreux ceux où le taxis a été suffisant ; dans la plupart, lorsqu'on a cru prudent de rester dans l'expectative, le dénouement fatal s'en est suivi.

L'intervention rapide s'impose donc.

Les résultats, en tenant compte seulement des observations appartenant à la période antiseptique, les procédés récents ayant très notablement réduit le taux de la mortalité post-opératoire, montrent que la mortalité de la kélotomie chez le nourrisson est un peu moindre que chez l'adulte.

Elle serait environ de :

18 à 19 % chez l'adulte ;
14 à 15 % chez le nourrisson.

Il est intéressant de se demander si les chances de succès

ne varient pas avec l'âge du malade. En effet, on a remarqué que la mortalité atteint son maximum dans les 3 premiers mois, diminue notablement du 10e au 15e, pour être nulle du 15e au 18e mois ; donc la résistance augmente avec l'âge du nourrisson. Une remarque détruirait cette hypothèse : la mortalité s'élève considérablement de 18 mois à 2 ans, si l'on ne songeait que les enfants, à cet âge, sont affaiblis par l'évolution dentaire et les gastro-entérites si souvent consécutives au sevrage.

On peut se demander ensuite, si la durée de l'étranglement n'aggrave pas le pronostic.

Des observations faites, il résulte que, par suite de la laxité des tissus, l'étranglement étant moins serré, les perforations se produisent plus tardivement que chez l'adulte.

La gravité du pronostic dépend surtout de la santé générale de l'enfant. Dans la majorité des cas où la mort est signalée, même avec un étranglement récent, il était spécifié que l'état général était précaire. D'autres fois, au contraire, même avec des lésions viscérales importantes, l'intervention était couronnée de succès : le petit malade était en bonne santé.

On remarquera, à ce sujet, que la cause la plus habituelle du mauvais état général des enfants en bas âge est une alimentation mauvaise amenant des phénomènes de gastro-entérite.

TRAITEMENT

Nous ne rappellerons que pour mémoire les procédés employés il y a quelques années encore : pulvérisations d'éther, compresses froides, sachets de glace, application de sangsues, cataplasmes, ponctions capillaires, ne paraissent pas des moyens de réduction bien efficaces. Deux procédés seulement valent d'être indiqués : le taxis et la kélotomie.

Taxis. — Il doit être pratiqué sous anesthésie jusqu'à résolution musculaire complète, méthodiquement, avec une grande douceur et pendant quelques minutes seulement. Il échoue bien souvent. L'étranglement, il est vrai, est moins serré que chez l'adulte, mais si la moindre résistance des tissus, par laquelle on explique la rareté des accidents d'étranglement, permet la réduction, n'est-elle pas aussi une invite à la récidive ? En outre, le taxis peut être dangereux. L'intestin, plus friable, sphacélé, ou seulement contusionné pendant la manœuvre, même très prudente, et la réduction faite, peut se perforer plus tard. Il va sans dire que le taxis sera impuissant et plus dangereux encore, s'il existe des adhérences, le sac peut se rompre pendant une tentative de taxis et l'enfant mourir peu après de péritonite. On a vu quelquefois aussi les accidents persister après réduction.

Puisque le taxis est souvent inefficace, puisqu'il peut être néfaste, puisque, même suivi de succès, il est rarement garanti de guérison définitive, ne doit-on pas sans hésitation recourir à la kélotomie, étant données surtout les méthodes aseptiques et antiseptiques dont dispose la chirurgie moderne ?

Kélotomie. — Donc, si le taxis pratiqué sous anesthésie complète, au bout de quelques minutes, ne donne pas de résultat, l'intervention sanglante est formellement indiquée et doit suivre.

Le manuel opératoire offre-t-il quelque chose de spécial ? Non. Il faut toujours débrider l'étranglement, ouvrir le sac, réduire et compléter par la cure radicale, si l'état de l'intestin le permet.

On a souvent affaire à de petits êtres débiles, chez lesquels l'étranglement herniaire est concomitant à des gastro-entérites ou des affections broncho-pulmonaires ; ce sont parfois des enfants intoxiqués par la stercorémie ou cachectiques, par suite de causes indépendantes de la hernie elle-même. — Il est vrai que les injections de sérum artificiel sont alors une précieuse ressource et permettent de lutter victorieusement contre l'intoxication.

Mais l'état général souvent précaire des opérés ne permet pas de s'attarder. Il est un temps dans la cure radicale, qui peut prolonger, au détriment de la vie du petit malade, la durée de l'opération. Nous voulons parler de la dissection du sac et de sa dissociation d'avec les éléments du cordon, après que l'intestin vient d'être refoulé dans la cavité abdominale.

Le docteur Bertholet (de Toulon), dans deux cas que nous

·elatons, a renoncé à ce temps. Dans une récidive de hernie étranglée (Observ. II), alors qu'il lui était impossible de disséquer le sac, intimément uni avec le scrotum sur toute sa périphérie et toute sa hauteur, il usa de l'artifice suivant . Immédiatement au-dessous de l'anneau, une suture en bourse appliquée sur le sac, commençant à la lèvre externe de l'incision et finissant à la lèvre interne, fut passée prudemment, pour éviter les éléments du cordon, et serrée ; les deux chefs du fil, gardés longs, furent fixés à la paroi, selon la méthode de Barker.

L'anneau inguinal externe fut ensuite rétréci par deux points de catgut. La portion inférieure du sac fut fermée par une suture exécutée comme la précédente. Entre les deux sutures circulaires, il provoqua avec l'index, coiffé d'une compresse, une irritation de la séreuse destinée à amener une oblitération plus complète.

C'est là, croyons-nous, un procédé qui permet de gagner du temps, et que l'on peut employer lorsqu'on opère sur des sujets « in extremis ». On pourrait croire que cette suture en bourse, serrant en masse sac et éléments du cordon, ait quelque retentissement sur le testicule. Il n'en est rien. Chez le petit opéré en question, les suites de l'intervention furent normales : le testicule correspondant, ne présenta jamais de signes ni d'inflammation, ni de congestion. Revu trois mois après l'opération, le testicule n'est pas atrophié et son volume égale celui du côté opposé.

Si, au contraire, l'opérateur voit un intestin en mauvais état, il se contentera de débrider et placera une gaze iodoformée le long du canal vagino-péritonéal. Plus tard, lorsque tout sera rentré dans l'ordre, on pourra faire la cure radicale.

En résumé, la kélotomie, autrefois, a pu être considérée

comme une opération dangereuse, mais aujourd'hui, avec les progrès de la chirurgie moderne, elle n'a plus rien de redoutable.

C'est donc à elle qu'il faudra songer tout d'abord dans le cas d'une hernie étranglée chez le nourrisson.

CONCLUSIONS

La hernie inguinale, très fréquente chez le nourrisson, s'étrangle assez souvent.

Le mécanisme de l'étranglement est identique à ce qu'il est chez l'adulte, mais les tissus sont moins résistants.

L'agent de l'étranglement est aussi constitué le plus souvent par le collet du sac, mais contrairement à ce que l'on observe chez l'adulte, il n'est pas épaissi à ce niveau.

Les symptômes ne diffèrent pas non plus.

Les accidents herniaires du nourrisson sont aussi graves que chez l'adulte ou le vieillard.

Quelquefois, il est vrai, en raison de la faible résistance des tissus, l'étranglement est léger et se réduit avec une pression modérée ; mais, outre que le taxis est aveugle, il est des étranglements rebelles qui doivent être traités par la kélotomie.

Au point de vue du pronostic, il faut tenir grand compte de l'état général.

Le manuel opératoire n'offre rien de spécial : la cure radicale doit être tentée toutes les fois que l'intestin n'est ni perforé, ni gangrené.

Si l'état général ne permet pas de prolonger l'opération, on peut, pour gagner du temps, ne pas disséquer le sac, mais le suturer pour l'oblitérer comme il a été indiqué, en prenant bien garde de ne pas léser les éléments du cordon.

BIBLIOGRAPHIE

BERGER PAUL. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. Examen de 10.000 observations de hernies (Association française de chirurgie, Paris 1895).

BERTHOLET. — Archives provinciales de chirurgie (décembre 1903).

E. ESTOR. — La hernie étranglée chez le nourrisson. (*Revue de chirurgie*, 1902.)

FÉRÉ. — L'étranglement herniaire chez les enfants à la mamelle. (*Revue de chirurgie*, 1881.)

TARIEL. — Thèse de Paris, 1894.

WIMMER. — 48 cas de hernies étranglées chez l'enfant (Leipzig, 1868).

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 6 juillet 1906.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 6 juillet 1906
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !